

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL

“DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE”

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO PSIQUIATRA

TEMA:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
UNIDAD DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL JOSE
DOLORES FLETES VALLE DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE
DEL 2011.

AUTOR:

DR. EDGARDO DIAZ
RESIDENTE III DE PSIQUIATRIA

TUTOR:

DR. LUIS ALEMAN NEIRA
MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

ASESOR METODOLOGICO

Dra. MSC. NORMA GALEANO

Medico Docente de la Facultad De Ciencias Médicas UNAN - MANAGUA

MANAGUA, MARZO 2012

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	JUSTIFICACIÓN.....	3
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
V.	OBJETIVOS	5
VI.	MARCO DE REFERENCIA.....	6
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	28
VIII.	RESULTADOS.....	32
IX.	ANALISIS DE RESULTADOS.....	34
X.	CONCLUSIONES.....	37
XI.	RECOMENDACIONES.....	38
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	39

ANEXOS

DEDICATORIA

A mi madre como agradecimiento de su esfuerzo, amor y apoyo incondicional, durante mi formación tanto personal como profesional mientras estuvo entre nosotros y por continuarme protegiendo desde el cielo.

A los docentes de nuestro hospital por brindarnos su guía y sabiduría en el desarrollo de este trabajo y a lo largo de nuestra residencia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, nuestro padre celestial por darnos vida, salud y sabiduría.

A todas las personas que hicieron posible la realización de este informe en especial médicos de base, personal de admisión y estadísticas.

RESUMEN

El presente informe tiene como objetivo caracterizar clínicamente a los pacientes que ingresan a la sala de unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial con el fin de identificar las crisis y patologías que se presentan con mayor frecuencia para lograr incidir sobre ellas de una manera más efectiva y oportuna.

El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, se utilizó una muestra representativa de 80 pacientes del total de hospitalizados durante el año 2011 en el área de intervención en crisis y cuyas variables principales fueron características sociodemográficas, áreas de conflicto, tipo de crisis, diagnósticos de ingreso y egreso, tiempo de estancia hospitalaria, antecedente de ingresos previos y tipo de tratamiento recibido. El procesamiento y análisis de la información se obtuvo a través del paquete estadístico epi-info y el programa de Microsoft Excel utilizando como instrumento fichas de recolección y como fuente de información los expedientes clínicos.

Los resultados de mayor relevancia fueron que los pacientes en estudio eran predominantemente femeninos, adolescentes, desempleados y procedentes de Managua. El área de conflicto sobresaliente fueron los conflictos familiares y el tipo de crisis que prevaleció fue la situacional, la mayoría de pacientes ingresaron y egresaron con algún tipo de trastorno afectivo, el tiempo de estancia fue de más de cuatro días y eran de primer ingreso. El tratamiento recibido durante la estancia fue tanto farmacológico como psicoterapéutico, es decir combinado.

Como recomendaciones generales planteamos que las autoridades superiores consideren habilitar otras unidades de intervención en crisis (UIC), que se realice educación continua sobre las patologías frecuentes en esta área tanto en UIC como en el resto del hospital, que se mejore la información consignada en el expediente y promover la continuidad de este estudio en futuras investigaciones en pro de una mejor atención para los pacientes.

I. INTRODUCCIÓN:

El modelo de intervención en crisis surge de la necesidad de contar con una unidad que permita evaluar a las personas que sufren y afrontan situaciones de catástrofe o de extrema tensión con el fin de brindarles apoyo psicoterapéutico integral. El principal objetivo de la atención en la crisis consiste en ayudar a la persona para que afronte el problema inmediato así como orientarle y respaldarle para el tratamiento a largo plazo.

La mayoría de las crisis son originadas por problemas de salud pero también por situaciones de vida, incluyendo el hecho mismo de estar enfermo u hospitalizado. La característica esencial de una crisis situacional es que son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados conocidos como eventos vitales tales como: enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, conflictos familiares, laborales o económicos.

El equipo de intervención en crisis es un grupo de terapeutas especializados en el tratamiento médico de emergencia y en la prestación de atención psiquiátrica terapéutica a una persona o a un grupo de personas durante un período de crisis, (que puede variar en el tiempo) especialmente en casos de intento de suicidio o de abuso de drogas, pero que en promedio se considera internamiento necesario para 3 a 7 días según sea el caso.

Estas unidades están integradas en algunos hospitales generales y centros de salud, pero en la mayoría de hospitales psiquiátricos de referencia. El hospital psicosocial José Dolores Fletes Valle cuenta con una unidad de intervención en crisis relativamente nueva por lo tanto su funcionamiento es incipiente, es por ello que con el presente estudio se realizara una caracterización de los pacientes que ingresan a esta área hospitalaria con el fin de identificar las crisis y patologías más frecuentes que se presentan para incidir oportuna y efectivamente en ellas.

II. ANTECEDENTES:

El Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” es un centro de atención especializada de referencia nacional, que se ocupa del abordaje terapéutico y rehabilitativo de los trastornos de la salud mental de todos los nicaragüenses. (9)

En los últimos 17 años el deterioro de las unidades periféricas ha recuperado para el Hospital su condición de ser el principal centro de la atención pero con un apoyo periférico pobre, que limita las acciones a la resolución de las crisis mentales cuyas características constituyen peligro para el paciente o su entorno, con métodos terapéuticos principalmente basados en las intervenciones biológicas acciones rehabilitativas especialmente dirigidas a los usuarios con deterioro grave, generalmente aquellos de condición asilar por constituir caso sociales más que psiquiátricos.

Ciertamente, el rol de la UIC no es el de isla u oasis que tenía antes de los 70's y que readaptó un poco desde el final de los 80's, cuando funcionaba como área privada; pero es claro que no constituye un paso o instancia dentro del marco de la red de servicios de salud mental, papel que le asignan los planes y programas del MINSA, de acuerdo con las Políticas Nacionales de Salud (2007) y las Políticas de Salud Mental, cuya expresión está plasmada en la Declaración de Caracas (Caracas, noviembre de 1990, OPS/OMS). Es por ello que en los últimos 5 años por iniciativa de médicos especialistas de la época surge la moción de reformular la funcionabilidad de dicha área, atendiendo el tipo de demanda de la población y a las políticas actuales de salud. En la actualidad hay una creciente demanda de consultas psiquiátricas tanto en la emergencia del hospital psicosocial como en el resto de hospitales generales y centros de atención psicosocial aumentando por consiguiente el número de ingresos y hospitalizaciones en el área de intervención en crisis cuya estructura está constituida por 5 cuartos y 10 camas encontrándose hospitalizados en promedio 5 a 6 pacientes durante una semana, sin embargo en algunas épocas se completa el total de camas disponibles y ocasionalmente se llega a sobrepasar el índice ocupacional. (9)

III. JUSTIFICACIÓN:

Las crisis psiquiátricas causadas por eventos estresantes agudos son de importante prevalencia tanto en la atención primaria como secundaria, la intervención en crisis es un proceso que busca influir activa y positivamente en el funcionamiento psíquico de una persona durante un periodo de desequilibrio y para aliviar el impacto inmediato de los acontecimientos estresantes (crisis situacionales) ayudando a reactivar las actividades afectadas por la crisis de los pacientes.

Considerando que en nuestra unidad hospitalaria no existe ninguna investigación relacionada con el tema surge la motivación de un estudio investigativo de caracterización clínica que nos permita sentar un precedente en nuestra unidad y que sirva de base para futuros estudios tanto descriptivos como analíticos siendo el principal propósito de este trabajo el identificar las características clínicas de los pacientes, crisis y patologías asociadas más frecuentes para lograr incidir sobre ellas de una manera más oportuna y efectiva, procurando un abordaje multidisciplinario durante la hospitalización y el seguimiento ambulatorio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes que ingresan a la unidad de intervención en crisis del hospital psicosocial José Dolores Fletes Valle durante el periodo de Enero a Diciembre del 2011?

V. OBJETIVOS:

♦ Objetivo General:

Conocer la caracterización clínica de los pacientes que ingresan a la unidad de intervención en crisis del hospital psicosocial José Dolores Fletes Valle durante el periodo de Enero a Diciembre del 2011.

♦ Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar las áreas de conflictos y el tipo de crisis en los pacientes estudiados
3. Señalar el diagnóstico de ingreso y egreso de los pacientes en estudio.
4. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes así como el antecedente de ingreso previo.
5. Establecer el tipo de tratamiento recibido durante la hospitalización.

VI. MARCO DE REFERENCIA:

HISTORIA:

Moos (1976), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera es la de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. Las ideas de Darwin condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio (Moos 1976). Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso ¿que mantiene activa a la gente y con que fin? La idea de que la motivación es un intento por reducir la tensión fundamentada en los impulsos sexuales y agresivos fue desafiada años mas tarde por teóricos como Rogers (1961) y Abraham Maslow (1954), quienes hicieron énfasis en la realización y crecimiento positiva del hombre.

El enfoque de Erickson (1963) del ciclo vital del desarrollo proporcionó un tercera influencia capital para la teoría de la crisis; y por ultimo una cuarta influencia la tuvieron los estudios empíricos sobre como los humanos lidian con el estrés vital extremo.

Dependiendo de la posición teórica se tiene la/las técnica o técnicas y/o modelo que utilice. Aun así, para esto en las situaciones de crisis se deben reconocer dos fases que son: intervención de primera instancia, que en la práctica se denomina primeros auxilios psicológicos y la intervención en segunda instancia concebida más bien como terapia para crisis. Ambas son importantes para determinar una eventual solución a la crisis.

La primera ayuda psicológica necesita brindarse de inmediato, al igual que la asistencia física por aquellos que tuvieron el primer contacto con la víctima. Esos procedimientos toman poco tiempo (minutos u horas), y puede proporcionarlos un gran número de asistentes comunitarios. La terapia para crisis, por otro lado, está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis.

Ello toma más tiempo (semanas o meses), y la proporcionan terapeutas y consejeros con conocimiento específico en técnicas de evaluación y tratamiento.

Es aquí donde los tipos de intervención en crisis toman lugar; se conocen varios como el tratamiento escalonado, donde el terapeuta (o consejero) empieza el trabajo con la víctima implicada en la situación de crisis, y luego va ascendiendo de forma que pueda abarcar a las víctimas secundarias que son la familia, cónyuge, amigos, etc.

Se conoce también el modelo trabajado de Jacobson y otros (1968) donde se distinguen cuatro niveles en la intervención en crisis: manipulación del ambiente (enlazar la persona con un recurso de ayuda como un ministro religioso, amigo u órgano de asistencia), apoyo general (el escuchar con empatía que realizan los vecinos, y otros semejantes), enfoque genérico (trabajo breve por personas entrenadas en intervención en crisis), y adaptación individual de la intervención en crisis a cargo de personas con un amplio entrenamiento en psicología anormal, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas.

En la estructura Linderman (1944), el terapeuta ayuda a la persona a aceptar el dolor del luto, es decir a vivir todo el proceso de duelo que implica la situación de crisis donde se pueden perder desde viviendas, enseres, animales o personas cercanas a la o las víctimas. De modo semejante Viney (1976) define a los practicantes e investigadores como ayudantes de los pacientes para recuperar la homeostasis perdida por la crisis: lograr el dominio cognoscitivo sobre la crisis y realizar cambios conductuales. La primera área se apoya en las técnicas que facilitan la catarsis o sentimientos de transvaloración. En la segunda área el terapeuta asiste a la persona para obtener una comprensión de los planes cognoscitivos y las expectativas que han sido colados por el incidente e crisis, con la meta de desarrollar nuevos conceptos de uno mismo o de los demás. En el área final (la conductual), se analizan, ensayan y, por último ejecutan nuevas maneras de respuesta y enfrentamiento.

Otro modelo es el propuesto por Pasewark y Aibers (1972) que hablan acerca de la intervención en crisis como algo que abarca tres áreas generales:

- 1- Establecimiento o simplificación de la comunidad (entre personas en crisis, con otras personas significativas, con las agencias de asistencia, etc.
- 2- Asistir al individuo o a su familia en la percepción correcta de la situación (con un enfoque en los sucesos concretos, su significado y los posibles efectos)
- 3- Asistir al individuo o a su familia en el manejo de sentimientos y emociones de un modo abierto. (6)

En el sistema de salud de Cuba a partir de 1950 fue tomando fuerza en Psiquiatría un enfoque ecológico de aplicación de recursos múltiples para el abordaje de las urgencias y la intervención en situaciones críticas que, desde el punto de vista de su salud mental, aquejan a los enfermos, las familias e, incluso, a grupos humanos en desventaja social, particularmente en las grandes ciudades. Así, fueron surgiendo Unidades de Intervención en Crisis (UIC), Unidades de Urgencia Familiar y Unidades de Salud Mental Familiar, adscritas a los servicios de Psiquiatría y Centros Comunitarios de Salud Mental -vinculados a los servicios públicos- concebidos para una intervención activa, utilizando los recursos de la comunidad a través de las familias, las organizaciones sociales, el equipo interdisciplinario de salud mental, la asistencia social, activistas comunitarios y los propios sujetos afectados; e incidiendo sobre los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales envueltos en la problemática objeto de atención.

A la vez que una nueva forma de organización de los recursos y de la participación de distintos profesionales en el abordaje de las crisis, era una nueva concepción acerca de la intervención de un equipo interdisciplinario en los problemas de la salud mental de las personas, las familias y las comunidades, una nueva estrategia de la terapia. Es significativo que, desde su comienzo mismo, los promotores del nuevo modelo de atención diesen un trato privilegiado a la consideración de la familia como objeto de tratamiento y la tomaran en cuenta en todo momento en el diseño de las estrategias de intervención comunitaria. (3)

EPIDEMIOLOGIA

Un número importante de consultantes en Atención Primaria presentan algún tipo de trastorno mental, en el último estudio de la O.M.S. en centros de salud de 15 países, los trastornos de mayor prevalencia fueron: depresión, ansiedad generalizada y dependencia a alcohol. Otros estudios muestran relación entre trastornos psicológicos y factores sociodemográficos, reflejada en prevalencia más altas en mujeres y entre personas de nivel socioeconómico bajo (menor escolaridad, menores ingresos, cesantía o subempleo y /o ocupaciones de menor prestigio social). Además de estos trastornos otros consultantes presentan crisis emocionales con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta.

En un estudio analítico realizado por el equipo del American Journal of Community Psychology en 1977 titulado: *“Correlaciones de resultados exitosos en terapia de intervención en crisis”* encontraron que hubieron resultados satisfactorios en pacientes hospitalizados en UIC al compararlos con los que habían sido manejados ambulatoriamente, no se obtuvieron resultados significativos relacionados a las variables demográficas ni a las características del terapeuta sin embargo las respuestas al estrés previas (hospitalizaciones y antecedente de intento suicida) fueron predictivos para el tratamiento del paciente subsecuente hospitalizado a diferencia de los eventos precipitantes que no tuvieron significancia estadística con respecto a la predicción del tratamiento del hospitalizado pero si de los ambulatorios. (2)

Ellis Yard Maria (Cuba 1995/1996) et al en su estudio *“comportamiento de variables clínico-epidemiológicas en pacientes de la unidad de intervención en crisis del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Avila durante el periodo de septiembre de 1995 a febrero de 1996”* encontró predominancia del sexo masculino entre las edades de 25 y 34 años, con estado civil casado. La mayor distribución de los pacientes fue en el área Norte del Municipio. Los conflictos más frecuentes fueron los familiares y matrimoniales, predominó la neurosis y la mitad de los casos tuvieron ideas e intentos suicidas. (3)

Existe un aumento de consultas psiquiátricas dentro de las atenciones realizadas en los hospitales generales en el segundo nivel de atención generando un interés creciente por dichas patologías, se ha precisado que la frecuencia varía entre el 1 y 6% del total de las atenciones, siendo los más frecuentes los trastornos neuróticos, del humor y en menor medida los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas, reconociendo que "existe un subregistro de diagnósticos de salud mental, apareciendo sólo los diagnósticos de cuadros somáticos (ej. Intoxicación medicamentosa, cirrosis, contusiones, etc.); en los servicios de urgencia se ha identificado que los intentos de suicidio fluctúan entre el 4 a 7% de las urgencias. (3)

DEFINICIONES:

Intervención en crisis: es un proceso que busca influir activamente en el funcionamiento psíquico de una persona durante un periodo de desequilibrio para aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes, y ayudar a reactivar las actividades afectadas por la crisis.

La evaluación e intervención adecuadas son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y de terceros, ayudarlo a afrontar eficazmente el problema, y empoderarlo para hacer frente a futuros acontecimientos vitales de manera eficaz. (1,5)

La intervención en crisis es definida por Slaikeu como "un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños físicos o emocionales se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente". (7)

Crisis: Es la interpretación de un evento o situación como una dificultad intolerable, que sobrepasa los recursos y los mecanismos de afrontamiento de una persona. A menudo no es el evento por sí mismo lo que causa la crisis, sino que es la percepción del evento por parte del paciente. Las personas que son incapaces de

utilizar estrategias de afronte adecuadas pueden desarrollar manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas o físicas.

Las crisis son usuales en la emergencia psiquiátrica ya sea bajo la forma de intentos suicidas, consumo de sustancias adictivas, actos violentos u otras formas que requieren manejo psicoterapéutico acompañando al tratamiento farmacológico. Dado que algunas veces se confunde entre estrés y crisis, vale aclarar que la principal diferencia es que la crisis es producto de un evento puntual, mientras que el estrés puede presentarse de manera continua. (1, 5)

Variables que influyen en el desenlace de una crisis:

-La severidad del suceso precipitante: Hay sucesos que son devastadores en sí mismos por lo que casi siempre dan lugar a una crisis, por ejemplo: la muerte o pérdida de un ser amado, una violación, desastres naturales, etc. Hay sucesos que desencadenan una crisis dependiendo del significado que le da al suceso, el momento en el que se presenta, la cantidad de eventos inesperados o desagradables a los que haya estado sometida la persona.

-Los recursos personales: Las características innatas y las adquiridas a lo largo de la vida a través de experiencias. (Experiencia no es lo que vivimos, sino el sentido y significado que le damos a lo que vivimos). La personalidad, que es la suma de los dones regalados y el trabajo personal que se ha hecho con estos dones.

Además el nivel de conciencia, el manejo de la libertad, de la voluntad de sentido y de la responsabilidad, la postura existencial, las actitudes personales, los valores, la auto-estima, la capacidad de auto-distanciamiento, el sentido del humor y la resolución adecuada o no de crisis anteriores. Se observan pocos recursos personales cuando: no se acepta la situación límite, no se es capaz de encontrar sentido al sufrimiento, cuando la persona puso en el centro de su existencia lo que perdió. Los pocos recursos personales pueden provocar que la crisis (duelo) sea difícil y hasta imposible de resolver adecuadamente sin ayuda profesional.

-Los recursos sociales: consisten en quién o quiénes están presentes en el momento del suceso y cómo reaccionan, cómo auxilian a la persona.

La intervención puede ir desde atención médica, asesoría legal, apoyo emocional, hasta la ayuda para establecer contacto con instancias que puedan prestarles el apoyo necesario. (7)

ETIOLOGÍA DE LAS CRISIS

Según el momento en que aparecen, las crisis se pueden dividir en 2 grandes grupos:

A. Crisis circunstanciales o situacionales:

Son el resultado de situaciones de origen externo o interno. Entre sus características se encuentran que son accidentales o inesperadas y de manera sobresaliente se relacionan con algún factor ambiental. Ejemplos de estas crisis son: desastres naturales (terremotos, inundaciones) o causados por el hombre, diagnóstico reciente de enfermedad o exacerbación de un problema médico actual, pérdida de empleo, accidentes vehiculares, divorcio, abuso sexual, etc.

B. Crisis propias del desarrollo, madurativas o normativas:

Son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa de desarrollo a otra, con la transición por las diversas etapas vitales. (1)

Duración de una crisis Algunos teóricos piensan que la crisis es un estado agudo de desequilibrio repentino y de corta duración. O'connor (1990) habla de que la resolución del duelo es hasta de 2 años.

Cabe hacer una diferencia entre lo que es la restauración del equilibrio y la resolución de la crisis.

Restaurar el equilibrio se refiere a la reducción de los síntomas y los signos, pero no equivalente a que se ha resuelto constructivamente la crisis. Es posible que la manera en que se logre el equilibrio momentáneo, pueda causarle después mucho más daño.

Fases de la situación de crisis

Se distinguen cuatro fases al vivenciar una crisis

1º Fase: La persona experimenta el inicio de la tensión e intenta poner en práctica los métodos de resolución de problemas que ha venido utilizando hasta entonces, para recuperar su equilibrio emocional.

2º Fase: Hay aumento de la tensión que provoca disfunciones y fallos en el funcionamiento de la persona tras el fracaso de las estrategias habituales de resolución de problemas. La persona pone en práctica estrategias de ensayo y error para intentar encontrar una solución.

3º Fase: La tensión es aún mayor, exigiendo la búsqueda de recursos adicionales como estrategia de emergencia o nuevas estrategias de resolución de problemas.

4º Fase: Aparece cuando no se ha resuelto el problema en las fases anteriores y puede dar lugar a la aparición de trastornos emocionales y a la desorganización de la personalidad. (1,5)

MANEJO DE LA CRISIS

Aunque cada paciente y situación es diferente, hay varios pasos generales que el médico puede seguir para responder eficazmente a la crisis de un paciente como se puede ver de manera resumida en lo siguiente:

Principios del manejo de crisis:

1. Ofrecer garantías y apoyo
2. Evaluar la naturaleza del problema y determinar la situación mental, psiquiátrica, homicida o suicida del paciente, así como su estado médico.
3. Garantizar la seguridad del paciente y de los demás
4. Ayudar al paciente a desarrollar un plan de acción que reduzca la angustia así como lograr el compromiso del paciente con el plan.
5. Garantizar el seguimiento con el paciente y otras personas relevantes para este, evaluar el progreso y proporcionar asistencia adicional y apoyo.

♦ Tranquilizar, dar apoyo al paciente y formar una alianza

El primer paso es tranquilizar al paciente recalcando que se encuentra en un medio seguro para referir su preocupación actual y que el médico estará disponible para

ayudarlo a lo largo de la crisis. Si el paciente está angustiado, se puede usar técnicas de respiración profunda y enfoque en el problema.

La actitud de escucha, validación, comprensión y apoyo del personal de salud contribuye a disminuir la intensidad emocional y así reorientar las energías al enfrentamiento de la situación. La validación de la experiencia no significa necesariamente que el médico esté de acuerdo con la percepción y la respuesta a la crisis del paciente. Por otra parte Se debe clarificar y amplificar la situación al paciente, sin que el médico imponga su opinión.

Se va estableciendo una relación (rapport) con el paciente escuchándolo activamente (con preguntas abiertas, declaraciones, etc.) y, si procede, aplicar técnicas no verbales (por ejemplo, hablarle al nivel de los ojos o inclinarse hacia adelante). La OPS ha desarrollado una guía práctica de salud mental en caso de desastres donde se señala algunas actitudes de la persona que va a asistir:

Actitud de quien va a ayudar:

1. Actitud serena, respetuosa, cordial, afectiva, pero firme, la persona asistida no espera que el personal de ayuda se sume a su crisis sino que le ayude a superarla.
2. Evitar ser crítico, no enjuicie, ni sermonee.
3. Actitud de escucha responsable, que permita que la persona se exprese hablando o llorando; este es el mejor recurso catártico en la asistencia de urgencia.
4. Una actitud empática significa que la víctima percibe que el auxiliador lo comprende y lo entiende.
5. No intentar calmar a la persona afectada convenciéndola de que esta equivocada en sus apreciaciones.
6. Disposición para trabajar en equipo.

Diez reglas de lo que no se debe hacer:

- No aconsejar
- No ponerse de ejemplo
- No enfatizar excesivamente los aspectos positivos (pej: podría haber sido peor")
- No minimizar el hecho

- No bromear, la ironía puede ser ofensiva o contraproducente
- No dramatizar, si la persona llora, el auxiliador no tiene porque hacerlo
- No engañar a la víctima, ni fingir
- No favorecer la actitud de culparse
- No actuar defensivamente
- No favorecer dependencias directas del afectado con el auxiliador

♦ **Evaluar la severidad de la crisis y el estado del paciente**

Este paso generalmente se realiza durante los primeros minutos del encuentro, escuchando al paciente y conduciendo la entrevista con el fin de obtener información. Se tiene que evaluar lo siguiente:

Evaluación de la crisis:

A. Ocurrencia de la crisis

- Incidente precipitante
- Experiencia de la crisis: Evaluación de la crisis desde el punto de vista del paciente, cuáles son sus problemas, que necesita y que espera de la ayuda a recibir.
- Entorno de la crisis: Se evalúa la interpretación del evento por parte del grupo cercano al paciente y además los recursos que el grupo puede ofrecer al paciente.

B. Funcionamiento durante la crisis:

- Conductual
- Afectivo
- Corporal
- Interpersonal
- Cognoscitivo

C. Funcionamiento del paciente previo a la crisis:

En esta etapa se evalúa brevemente las fortalezas y debilidades, medios de afronte así como el soporte social. El médico debe identificar que recursos están disponibles para ayudar al paciente.

Se debe evaluar la gravedad de la crisis y el estado mental, psiquiátrico, homicida o suicida, y médico del paciente. En el caso de pacientes que presentan crisis

suicidas se debe evaluar además los factores asociados a mayor riesgo suicida. Los factores de riesgo incluyen antecedente de autoagresión, historia de conducta criminal, historia de abuso infantil o haber sido testigo de violencia doméstica, C.I bajo, trastornos neurológicos, hostilidad, abuso o dependencia de sustancias, delirios de daño y enajenación del pensamiento. En el examen mental se debe evaluar el aspecto general, conducta, lenguaje, pensamiento, juicio, y afecto del paciente, así como el uso de sustancias que puedan interferir el juicio.

La depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad limítrofe, y el abuso o dependencia de sustancias aumentarán en gran medida el riesgo suicida.

De ser necesario se deberá contactar a un familiar o amigo cercano para recoger información adicional y para garantizar la seguridad del paciente y un seguimiento adecuado.

♦ **Asegurar la seguridad del paciente y de otras personas**

El médico debe garantizar la seguridad del paciente y de terceros, en ese sentido debe considerar la hospitalización en aquellos pacientes con crisis suicidas y que tienen comorbilidad con problemas médicos o psiquiátricos, historia de violencia o intentos de suicidio previos serios, pobre respuesta al tratamiento ambulatorio, o pobre soporte familiar o social. En caso se decida el alta, el paciente debe salir con un familiar o amigo cercano.

Los pacientes con ideación suicida crónica, sin un historial de intentos suicidas médicamente serios y que a juicio del médico no se encuentran en peligro pueden ser seguidos ambulatoriamente, siempre y cuando tengan buen soporte y puedan colaborar con el plan terapéutico. En estos pacientes se debe programar una cita cercana.

Es necesaria la orientación a los familiares y amigos para que dejen fuera del alcance del paciente armas de fuego y fármacos potencialmente peligrosos. La vigilancia del paciente es esencial, modificando el plan de acción según sea necesario.

Si el paciente tiene riesgo homicida, el médico debe velar por la seguridad del paciente y de las posibles víctimas, pudiendo ser necesaria la hospitalización del paciente. Las clínicas deben establecer políticas y procedimientos para el manejo de pacientes agitados o peligrosos, y deben proporcionar formación al personal.

✦ **Desarrollar un plan de acción**

Cuando hablamos de la intervención en sí misma hay algunos autores que la dividen en primeros auxilios psicológicos y en terapia para crisis. Los primeros auxilios psicológicos tienen que ver con el primer contacto del paciente con un personal de salud, mientras que la terapia para crisis ocurre en segunda instancia en la atención de la crisis y se desarrolla en un número limitado de sesiones. En esta revisión nos ocuparemos de la primera atención a la persona que ha presentado una crisis.

El objetivo central de la intervención es preservar la vida, evitando o disminuyendo el potencial daño físico a sí mismo o a otras personas, para ello se ayuda al paciente a desarrollar una respuesta constructiva a la crisis. Hay que hacer hincapié que aunque el paciente no pueda controlar el evento que precipitó la crisis, si pueden controlar la respuesta a la misma.

En primer lugar se ayuda al paciente a disminuir la angustia. En esta instancia se puede utilizar métodos de relajación. Las técnicas como respiración profunda y relajación muscular pueden facilitar el autocontrol de las manifestaciones fisiológicas y las emociones, así como permitir que el paciente se centre en tomar medidas activas para afrontar con éxito la crisis.

Los pacientes que presentan ansiedad aguda, insomnio, y dificultad significativa del funcionamiento diario pueden beneficiarse de terapia farmacológica de corto plazo o intermitente dirigida a síntomas específicos, como los ansiolíticos para la ansiedad o hipnóticos para el insomnio. En pacientes con psicosis aguda, agresividad, agitación o disforia intensa se debe considerar el uso de antipsicóticos intramusculares. Las benzodiazepinas no se recomiendan como monoterapia en

pacientes con trastorno de estrés postraumático debido a que la suspensión se ha asociado con exacerbación de los síntomas.

En segundo lugar se ayuda al paciente a buscar opciones para hacer frente a la crisis.

Con la participación del paciente se identifica las soluciones alternativas, analizando los pro y contra, así como los obstáculos para alcanzarlas, lo que deriva en una jerarquización de soluciones. La ejecución de un plan concreto depende del estado de la persona, si está muy afectada la capacidad de decisión se puede asumir un papel directivo, adoptando las decisiones del caso y comprometiendo en ello a una persona responsable. Si el paciente está menos comprometido y puede asumir un plan, el rol del médico será el de facilitador brindando información conveniente.

Se desarrolla un plan de acción específico que incluya una lista breve de pasos realistas, concretos y positivos que el paciente puede comenzar a aplicar inmediatamente.

El uso de "tareas" que impliquen la recolección de información adicional sobre el tema de preocupación, auto-monitoreo de síntomas, pensamientos o actividades; identificación de fortalezas y la práctica de nuevas conductas de afronte pueden empoderar al paciente para tomar decisiones en lugar de sentirse desvalidos.

Por último, se debe pedir al paciente que a resuma el plan y que se comprometa a llevar a cabo uno o más pasos, además es necesario prevenir al paciente contra el uso de estrategias de afronte negativas como la negación, evitación, aislamiento o dependencia de sustancias. Las estrategias de afrontamiento perjudiciales también incluyen el uso de procesos cognitivos negativos como el pensamiento catastrófico, lo que puede aumentar la ansiedad del paciente y anular los esfuerzos de por solucionar el problema. Se debe orientar al paciente para reconocer tales procesos de pensamiento, detenerlos y sustituirlos por otros más racionales y equilibrados. Puede ser útil pedir al paciente que recuerde estrategias que le han funcionado en el pasado para aplicarlas en el problema actual, asimismo se le puede pedir al paciente identificar puntos de apoyo como la familia o amigos.

Seguimiento

Es importante verificar el estado del paciente y reforzar su esfuerzo. La prontitud de la cita debe ser determinada por la gravedad del problema y la confianza que el médico tiene en el paciente y en el plan. El seguimiento conecta al paciente con una fuente de ayuda, además mejora la probabilidad que continúe el plan de acción.

Durante el seguimiento, se debe evaluar el progreso en relación con el plan específico de acción y debe reforzar incluso los pequeños avances terapéuticos. El refuerzo del éxito incrementa la resiliencia del paciente, lo que le permite manejar futuras situaciones de crisis con más éxito. (1,5)

Enfoque general de la intervención en crisis:

El estrés vital grave puede precipitar visitas a urgencias, incluso de individuos sin un trastorno psiquiátrico subyacente.

- A. Noción general: La crisis es una experiencia subjetiva. Algunas personas pueden sobrellevar una agresión relativamente masiva sin consecuencias aparentemente anormales, mientras que otras se derrumban ante un estrés aparentemente leve. Sea cual fuere el origen, una crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de una persona. Esta amenaza puede resultar de la magnitud del peligro o fragilidad de la persona que lo experimenta, o bien originarse de una característica especial del problema presentado que desafía la vulnerabilidad de un individuo de forma particularmente amenazadora. La mayoría de las crisis tienen una limitación temporal y se resuelven naturalmente. Sin embargo, ocasionalmente el problema satura las habituales estrategias de resolución de problemas de la persona, produciendo una sensación de desamparo, pavor y la retirada a mecanismos defensivos inhabituales (y generalmente menos efectivos), por ejemplo, protección, negación o desorganización. Es a menudo en este momento cuando se solicita ayuda psiquiátrica.
- B. Con el fin de recordar estas ideas, el médico que aborda a un paciente en crisis debe tener presentes los siguientes interrogantes:

- ¿Que es lo que actualmente trastorno al paciente? Aun si el trauma es evidente, ¿Qué significación tiene para el paciente?
- ¿Cómo suele hacer frente al estrés? ¿Cómo ha tratado el estrés grave en el pasado? ¿Qué recursos y riesgos indican estas experiencias?
- ¿Qué parece que podría ser útil para esta persona y como podría ofrecérsele ayuda de forma aceptable? ¿Qué podría desear la persona pero tiene dificultades para pedir?
- ¿De qué recursos disponen el paciente y el clínico para afrontar el problema planteado?

C. Hablar el lenguaje del paciente: para ser útil en una intervención en crisis, es preciso que el médico aprecie la forma habitual que el paciente tiene de relacionarse con el exterior y acercarse a él utilizando un lenguaje y perspectiva sobre el problema tales que él pueda comprender, rápidamente, que el médico ha entendido su situación, desde la perspectiva del paciente, en sus propios términos y de forma que se proteja su dignidad.

La entrevista de crisis:

A. Idea general: Una entrevista de crisis efectiva únicamente puede garantizar a una familia cierta privacidad digna, como la que puede necesitar en el caso de una perdida súbita catastrófica, o bien puede exigir un complejo grupo de intervenciones y maniobras destinadas a crear una atmosfera de alianza, comodidad y ayuda efectiva en la resolución de problemas. Los elementos de este complejo encuentro incluiría lo siguiente:

- Establecer una relación comunicativa con el paciente.
- Comprender rápidamente la perspectiva del paciente.
- Confeccionar una historia.
- Construir una imagen del paciente y del significado del suceso estresante para él.
- Discutir activamente el problema con el paciente.
- Negociar activamente con el paciente la solución al problema

B. Elementos de la intervención en crisis:

1. Establecer una relación comunicativa:

- Cuando un cuidador entra en contacto con un paciente o una familia en crisis, las cortesías más simples suelen constituir la mejor forma de establecer contacto. Ofrecer una disculpa si la familia ha tenido que esperar, preguntarle por su comodidad física, simplemente reconocer la gravedad de lo que sabe del problema o preguntar al paciente si él o su familia necesitan algo son algunos ejemplos de cortesías habituales que pueden constituir un primer paso importante para facilitar el encuentro entre clínico y paciente y probar que el médico pretende ayudar a este.
- En la mayoría de los casos es mejor que el médico se muestre abierto y directo con respecto al rol que va a desempeñar, explicando que hace y por qué lo hace de forma directa y simple.
- En estos primeros momentos vividos con el paciente o familia, es importante no suponer que se entiende el significado de la crisis, sino mas bien escucharles atentamente, centrándose especialmente en los sucedido en el pasado inmediato que pueda arrojar luz sobre la causa del problema y la forma que ha adoptado este.

2. Constatar la perspectiva del paciente o familia:

- Particularmente en las primeras etapas de la entrevista en crisis, es importante fijarse en las palabras exactas con que el paciente describe el problema, atendiendo en particular:

-Como entiende el paciente o la familia el problema presentado, por ejemplo: se siente víctima, amenazado o necesitado de apoyo o información?

-Como describen a los principales protagonistas del problema, por ejemplo: ¿parecen el paciente o la familia estar abiertos a una ayuda exterior o bien suscitan desconfianza en quienes quieren ayudarles?, ¿parecen tener una tendencia

introvertida en la búsqueda de recursos o son partidarios de recurrir a una ayuda exterior?

-¿Como maneja sus sentimientos, por ejemplo: parece abordar el paciente el problema en términos afectivos o bien parece evitar los sentimientos?

- Tan pronto el clínico considera que entiende la perspectiva del paciente o su familia y la naturaleza del problema, debe devolver esta versión al paciente o familia, para contrastarla. El clínico ha de escuchar atentamente en busca de signos que indiquen que está equivocado y debe negociar un pacto con el paciente en relación con la naturaleza del problema.

- Según se escucha, es importante formar hipótesis sobre lo que el paciente o familia puedan desear. Estos deseos suelen no expresarse o reconocerse hasta un momento posterior de la entrevista, pero un clínico hábil puede reconocer la petición no formulada y satisfacerla más fácilmente.

- Tan pronto como sea posible, el clínico ha de expresar una apreciación del problema y de los intentos del paciente por hacerle frente, aun si estos intentos parecen haber sido sustancialmente inadaptados.

3. Confeccionar una historia detallada:

- En los compases iniciales de una entrevista de crisis, es importante dejar que la persona cuente su historia, si está dispuesta a hacerlo. Es común el error de saltar precipitadamente a las preguntas cerradas del tipo sí o no, o a las listas de síntomas con el propósito de clarificar el diagnóstico diferencial. Posteriormente será importante conocer estas respuestas pero si las preguntas se formulan muy pronto en el curso de la entrevista, estas tienden a hacer más difícil la libre expresión del paciente.

- Sin embargo, es importante confeccionar una historia minuciosa del problema presentado, prestando especial atención al motivo por el que el paciente o la familia

han solicitado asistencia en este momento. Esto es importante si el paciente tiene una historia psiquiátrica muy dilatada.

- En función de las circunstancias, no siempre es deseable elaborar una historia psiquiátrica detallada durante la intervención en crisis. Por ejemplo cuando se llama a urgencias al psiquiatra para atender a un paciente afligido tras la muerte inesperada del cónyuge o cuando se ha de atender a una víctima de una acción violenta, realizar una historia psiquiátrica detallada puede implicar que la crisis del paciente es de algún modo patológica y esto puede alinear al paciente. En estos casos es importante escuchar atentamente en busca de alguna evidencia de trastorno psiquiátrico subyacente y en este caso era precisa una evaluación más minuciosa, por ejemplo, si el cónyuge condolido indica que va a tomar una sobredosis de pastillas. Además hacia el final de la entrevista puede preguntársele con tacto si el paciente ha tenido algún tipo de alteración psiquiátrica en el pasado.

- Si parece estar indicado elaborar una historia psiquiátrica y/o medica completa, es mejor conducirla sistemáticamente, explicando que se pregunta y porque.

Si es preciso tocar un tema potencialmente ofensivo, puede ser prudente posponer la cuestión hasta un momento posterior de la entrevista, cuando se disponga de más datos y haya una mejor comunicación, pero no deben de evitarse. A menudo es mejor hacer que preceda a una pregunta así la oportuna advertencia, tienen el alcance de un aviso al paciente antes de una intervención dolorosa.

- Asegurarse de conocer a lo largo de la entrevista:

- Personas claves en la vida del paciente, tanto actual como pasada, prestando atención a los cambios de estas relaciones en la época inmediatamente anterior a la crisis, así como a posibles aniversarios de interacciones importantes con estas personas.

- Actuales cuidadores, pues muchos pacientes que llegan a urgencias están ya en algún tiempo de tratamiento. Si el paciente presenta trastornos de la

personalidad, el tratamiento posterior será tormentoso, las dificultades con el terapeuta actual precipitan a menudo las crisis y las consultas con el pueden proporcionar soluciones a veces.

- Crisis anteriores y forma de afrontarlas: que funcione y que no funcione entonces. Cuando una persona ha tenido que afrontar muchas dificultades en su vida y aun así parece derrumbarse ante un suceso particular, o este suceso tiene una significación particularmente catastrófica o más comúnmente, la persona se ha vuelto más susceptible al estrés en virtud de algún trastorno psiquiátrico primario subyacente, generalmente depresión.

- Debe subrayarse la naturaleza positiva de su labor, lo que implica que se espera una resolución natural de la crisis. Es importante tener presente que la vida está llena de crisis, que la resolución de estas siempre es parcial e imperfecta y que los apoyos habituales que ofrece una persona a otra suele ser lo que hace soportable los problemas y valiosa la vida

- ♦ Como cura la intervención en crisis: Suponiendo que las crisis suelen ser autolimitadas y que con el tiempo tienden a integrarse en la vida de la persona, los objetivos de la intervención en crisis suelen fomentar el proceso de curación, ayudar a la persona a hacer el mejor uso de los recursos disponibles, tanto intrapsíquicos como interpersonales y facilitar el tratamiento ulterior de una enfermedad psiquiátrica concomitante, si está indicado. Algunas de sus utilidades son:

- A. Proporcionar apoyo y oportunidad de expresarse: Uno de los beneficios más comunes de la intervención en crisis es el de dar oportunidad al paciente para hablar con un oyente empático, no valorativo, que evita las respuestas vagas y las inútiles prestaciones de seguridad de la vida cotidiana. Para muchas personas a menudo constituye una experiencia extraordinaria y sin precedentes compartir sus sentimientos más profundos con un oyente atento. En caso como este las sesiones de intervención en crisis proporcionan la oportunidad de expresarse en una

atmosfera que ayuda al paciente a situar en perspectiva sus sentimientos, es decir, como respuesta a un dilema humano comprensible. Para muchas personas, este tipo de aliento y empatía puede proporcionar un gran alivio a veces incluso el alivio a muchos años de sufrimiento.

- B. Concitar el apoyo social: En los momentos de estrés, genralmente la mejor fuente de apoyo son las personas que conocen al paciente y están fácilmente disponibles. Sin embargo, a veces en las situaciones de crisis, cuando más se necesitan a estas personas, resultan inaccesibles sin saberlo. Por ejemplo, en situaciones de pesar agudo la persona mas apesumbrada generalmente debe asumir la principal responsabilidad de tomar las decisiones y satisfacer también las necesidades de los demás, hasta el punto de desatender sus propias necesidades. En otras situaciones la propia crisis afecta seriamente los lazos entre la familia o los amigos, por ejemplo, cuando un paciente de SIDA revela por vez primera su homosexualidad. En estas situaciones los objetivos de la intervención serán reforzar la red de apoyo interpersonal.
- C. Crear un puente de esperanza: En ocasiones la crisis parece abrumadora porque la persona que sufre imagina que no hay salida al dilema y que en ningún momento pueden verse las cosas desde otra perspectiva. Esto puede suceder en familias en los momentos de intensa desavenencia, como al conocerse el abuso de drogas de un adolescente o en un individuo que afronta una importante perdida personal, pero también suele ser resultado de un trastorno de personalidad o una depresión. En casos como estos, una de las funciones curativas de la intervención en crisis es crear un contexto (tratamiento a corto plazo) en el que el paciente sabe que puede volverse a encontrar con una persona interesada, Sin embargo si los sentimientos de desesperanza del paciente son intensos o se dan en el contexto de un trastorno psiquiátrico, es preciso una evaluación completa del potencial de suicidio.
- D. Superar un obstáculo del desarrollo: A menudo, las crisis aparecen en el contexto de los tránsitos normales del desarrollo, como cuando el hijo

abandona el hogar, tienen lugar los exámenes finales o se viven las primeras experiencias sexuales. El hecho de que estos acontecimientos precipiten una visita a urgencias suele indicar que hay problemas adicionales que complican el suceso aparentemente normal desde la perspectiva del desarrollo. En estas situaciones, la intervención en crisis puede ser útil si se orienta a superar el obstáculo inmediato para la fase del desarrollo. Por ejemplo las intervenciones con la familia para ayudar al niño que deja el hogar, la expresión de los temores del estudiante a fracasar en la universidad y, en ocasiones, el consejo amistoso sobre los problemas y gratificaciones de la vida sexual bastan para hacer que la persona reanude el curso normal de su vida. (8)

Propuesta cubana sobre el funcionamiento de la una unidad de intervención en crisis:

Las medidas de intervención en crisis pueden aplicarse con los pacientes hospitalizados bajo tratamiento de 24 horas, por períodos breves; ambulatoriamente, con hospitalización parcial; directamente en la comunidad, mediante servicios externos accesibles o en su propio domicilio por médicos de la familia, de conjunto con el equipo de salud mental comunitaria. Esas medidas descansan en una psicoterapia breve, muy activa e intensiva con la familia e incidiendo sobre ella, incorporándola a la estrategia terapéutica.

Junto a ello, movilizando los factores sociales de su medio ambiente, removiendo obstáculos, concertando recursos de ayuda, fortaleciendo su red de apoyo social, al tiempo que aplicando las terapias biológicas que fueren necesarias, generalmente en dosis incisivas, con la finalidad de controlar los síntomas y sus resultados, así como prevenir las recaídas, invalideces y consecuencias negativas del «estar enfermo», en el lapso más breve posible.

Esta terapia de *multiempuje* -como le llamaba el eminente psiquiatra cubano *Armando de Córdova*- aplicada por un equipo multidisciplinario que aprovecha los recursos de la comunidad, incluidos los específicos del sistema de salud y cuya

esencia radica en obtener la participación del propio enfermo, el compromiso de la familia y la movilización de todos los recursos disponibles es la estrategia más apropiada para contender con las crisis que logran quebrantar de forma importante la salud mental de las personas.

En casos menos graves o urgentes y que no requieren hospitalización, no es necesaria tal acometividad en lo biológico, pero resulta igual de importante el uso de estrategias de intervención psicoterapéutica breve, el manejo del ambiente y la familia, el fortalecimiento de la red de apoyo social y de su vínculo con ella y, sobre todo, el saber aprovechar el momento de la crisis para comprometer los recursos del sujeto y de su entorno, en la estrategia de intervención para el cambio. (3)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO:

a) Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal

b) Área de estudio

Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Hospital Docente de Atención Psicosocial JDFV, Managua, Nicaragua. 2011.

c) Universo

Total de pacientes ingresados al área de UIC durante el periodo de enero a diciembre del 2011. Correspondiente a 2526 pacientes.

d) Muestra:

El tamaño de la muestra se calculó en base a la población total estimada (universo) a través del sistema Stat Calc del paquete estadístico Epi-Info, resultando una muestra aproximada de 80 pacientes, tomando en cuenta Frecuencia esperada (12%), error admisible (5%) para un intervalo de confianza de 95%.

El muestreo se realizó por el método probabilístico aleatorio.

e) Unidad de análisis:

Pacientes ingresados (hospitalizados) en UIC durante enero a diciembre del 2011.

f) Criterios de inclusión:

Pacientes que fueron ingresados a UIC, en el periodo establecido.

g) Criterios de exclusión:

Pacientes que no hayan ingresado a UIC.

g) Variables del estudio:

Edad
Sexo
Ocupación
Estado Civil
Escolaridad
Religión
Procedencia
Área de conflictos
Tipo de crisis
Diagnóstico de Ingreso
Diagnostico de Egreso
Ingresos previos
Tiempo de estancia hospitalaria
Tratamiento recibido

h) Fuente de información:

Secundaria (Expediente clínico)

i) Técnicas de recolección:

Se realizó mediante el diseño y elaboración de un instrumento (ficha de recolección de la información) valido para el presente estudio.

j) Plan de análisis:

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico de EPI-INFO 2006, posteriormente se realizaron tablas y gráficos comparativos en el programa de excel para el análisis de la información.

k) Operacionalización de Variables

Objetivo 1: Características sociodemográficas

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha de la realización del estudio	Media	Edad en años	14 -19 20- 29 30-39 40-49 >50
Sexo	Condición orgánica y fenotípica que distingue al ser humano entre femenino y masculino	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Femenino Masculino
Escolaridad	Grado o año de escuela más alto aprobado por el paciente	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Analfabeta Alfabeta Primaria Secundaria Universitario
Ocupación	Actividad laboral que realiza el paciente en estudio	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Empleado Desempleado
Estado Civil	Condición marital real del paciente	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Casado Unión libre Soltero Separado Divorciado Viudo
Religion	Culto que se tributa a la divinidad	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Católico Evangélico Testigo de Jehová Mormon Otras Ninguna
Procedencia	Lugar de origen	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Managua Otros departamentos Rural Urbano

Objetivo 2: Áreas de conflictos y tipo de crisis

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Área de conflicto	Problemática asociada o desencadenante de patología al momento de su ingreso	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Conflicto de pareja Conflictos familiares Conflictos económicos Caso Legal Otros
Tipo de crisis	Momento en los que aparecen las crisis	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Situacional o de desarrollo.

Objetivo 3: Tipo de crisis, diagnóstico de ingreso y egreso

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Diagnostico de ingreso	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad y/o patología, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad al ser hospitalizado y/o ingresado en UIC	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Trastornos afectivos Trastornos psicóticos Trastornos orgánicos Conducta o intento suicida
Diagnostico de egreso	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad y/o patología, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad al ser egresado de la sala de UIC	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Trastornos afectivos Trastornos psicóticos Trastornos orgánicos Conducta o intento suicida

Objetivo 4: Tiempo de estancia hospitalaria y antecedente de ingreso previo

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Ingresos previos	Hospitalizaciones previas a la actual (ultima)	Frecuencia Porcentaje	Cuantitativo (Numero de ingresos)	0 1-2 Más de 2
Estancia Hospitalaria	Tiempo durante el cual el paciente permaneció hospitalizado	Frecuencia Porcentaje	Cuantitativo (cantidad de días)	Menos de 2 días 2 – 4 días Más de 4 días

Objetivo 5: Tratamiento recibido durante hospitalización

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Tratamiento recibido	Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas	Frecuencia Porcentaje	Cualitativo	Farmacológico Psicoterapéutico Combinado

VIII. RESULTADOS:

De los 80 expedientes revisados, encontramos que el 27% (22) pertenecía al rango de edad comprendido entre los 14 y 19 años de edad, seguido por los de 30 a 39 años con un 25% (20) y por los de 20 a 29 años con un 22% (18). El 15% (12) de los evaluados eran mayor de 50 años y el 10% (8) restante se encontraban en el rango de 40 a 49 años. (Anexos, tabla 1)

El 69% (55) de la población estudiada pertenecía al sexo femenino y el 31% (25) al sexo masculino. (Anexos, tabla 2)

En relación a la escolaridad, 35% (28) habían alcanzado la secundaria, seguido por el nivel universitario y primaria con un 26% (21) para cada uno, el 8% (6) era alfabetizado y el 5% (4) restante analfabeta. (Anexos, tabla 3)

Con respecto a la ocupación el 87% (70) de la población estudiada era desempleada y el 12% (10) restante tenían empleo. (Anexos, tabla 4)

El 50% (40) de los pacientes eran solteros, seguido por un 26% (21) que se encontraban en unión libre y un 20% (16) casados. El 3% restante correspondió a los divorciados y separados con 2% (2) y 1% (1) respectivamente. (Anexos, tabla 5)

En lo que se refiere a la religión 51% (41) de los pacientes eran católicos, seguido por los evangélicos con un 31%. El 11% (9) no profesaba ninguna religión, el 6% restante pertenecían a testigos de Jehová 2.5% (2), Otras religiones 2.5% (2) y mormón 1% (1). (Anexos, tabla 6)

La procedencia de la población en estudio fue del 65% (52) Managua, de los cuales 33% (17) pertenecían al distrito tres, seguido por 27% (14) perteneciente del distrito dos, 17% (9) del distrito seis, 8% (4) para los distritos

cuatro y siete, 6% (3) para el distrito tres y 1% (1) para el distrito 5. El 35% (28) restante provenían de otros departamentos. (Anexo, tabla 7 y 8)

En relación al área de conflicto 46% (37) de los evaluados presentaban conflictos familiares, 23% (19) conflictos de pareja, 15% (12) conflictos económicos, 11% (9) describieron otros conflictos y 4% (3) eran caso legal. El tipo de crisis que presentaron correspondió en un 95% (76) a crisis situacional, y en un 5% (4) a crisis de desarrollo. (Anexo, tabla 9 y 10)

En cuanto al diagnostico de ingreso, el 53% (42) de los pacientes hospitalizados ingresaron con diagnostico de Trastornos afectivos, seguidos en un 28% (23) por los Trastornos psicóticos, 9% (7) Intento suicida, 6% (5) Trastorno afectivo con intento suicida, para una sumatoria total de intento suicida correspondiente al 15% (12) siendo el 4% (3) restante eran trastornos orgánicos. (Anexo, tabla 11)

Con lo que respecta al diagnostico de egreso, el 71% (57) egreso con diagnostico de trastornos afectivos, 20% (16) trastorno psicótico, un 4% (3) tanto para trastorno afectivo con intento suicida como para los trastornos orgánicos y el 1% (1) egreso como intento suicida únicamente. (Anexo, tabla 12)

Del total de paciente evaluados, el 56% (44) no tenia antecedente de ingreso previo, 43% (34) se había hospitalizado de 1 a 2 veces previamente, y el 1% (1) presentaba más de 2 ingresos previos. La estancia hospitalaria correspondió a mas de 4 días en un 61% (49) de la población, seguido por un 31% (25) que cumplieron de 2 a 4 días de estancia y 8% (6) restante se hospitalizaron por menos de 2 días. (Anexo, tabla 13 y 14)

El tratamiento recibido correspondió en un 57% (46) al combinado (farmacológico y psicoterapéutico), seguido por un 41% (33) que solo recibieron tratamiento farmacológico y el 1% (1) restante al psicoterapéutico. (Anexo, tabla 15)

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

La mayoría de los pacientes en estudio se encontraron entre las edades de 14 a 19 años, este dato se corresponde con las estadísticas nacionales pues es bien conocido que nuestra población es predominantemente joven por lo tanto son los que con mayor frecuencia visitan las unidades de salud, además según estudios internacionales los adolescentes son más vulnerables para presentar crisis situacionales y por su condición tienen mayores limitaciones para afrontarlas.

El sexo femenino se destaco considerablemente con relación a la población masculina lo cual también coincide con las estadísticas nacionales, sin embargo es importante considerar que culturalmente son las mujeres quienes visitan con mayor frecuencia las unidades de salud, en especial las de salud mental.

Con lo que respecta a la escolaridad de los pacientes, la mayor parte de estos lograron alcanzar la secundaria, dicho resultado se podría asociar a que el grupo poblacional es adolescente y aun no han culminado sus estudios.

Fue significativa la cantidad de desempleados evidenciado en el estudio, mucho de los pacientes eran estudiantes (jóvenes) y amas de casa (mujeres) por lo que la mayoría no contaba con un trabajo formal remunerado.

Con relación al estado civil la mitad de los pacientes eran solteros sin embargo la otra mitad la sumaban los acompañados y los casados por lo que no se podría determinar con este tipo de estudio si el estado civil podría constituir un factor influyente en la aparición de una crisis.

Un poco más de la mitad de los pacientes evaluados pertenecían a la religión católica, confirmando la prevalencia de esta religión en nuestro país.

La mayor parte de los pacientes que fueron hospitalizados en la unidad de intervención en crisis provenían de Managua siendo los más predominantes el distrito tres seguido por el distrito dos, lo cual se justifica por la accesibilidad geográfica de dichas áreas al hospital psiquiátrico de referencia nacional, así mismo se debe considerar la presencia de centros de atención psicosocial en otros departamentos.

Las áreas de conflicto que sobresalieron en los pacientes fueron en primer lugar los conflictos familiares, seguido por los conflictos de pareja y en tercer lugar los problemas económicos, estas tres áreas se encuentran muy relacionadas entre sí, ya que una puede conllevar a la otra y todas representan condiciones estresantes para la vida de la persona pues se asocian a otras problemáticas como violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, disfunción escolar y laboral, problemas legales, etc. Esto a su vez explica en nuestro estudio el resultado predominante de las crisis situacionales o circunstanciales las cuales según la bibliografía consultada corresponden a situaciones de origen interno o externo casi siempre inesperadas y que se relacionan estrechamente con algún factor ambiental.

La gran mayoría de los pacientes en estudio ingresaron y egresaron de la unidad de intervención en crisis por algún tipo de trastorno afectivo, llama la atención que el 15% del total de trastornos afectivos realizaron intento suicida, lo cual se corresponde con las estadísticas del hospital psiquiátrico nacional donde los trastornos depresivos e intentos suicidas constituyen uno de los principales motivos de consulta y atención en dicha unidad. Estos resultados también coinciden con la revisión bibliográfica pues considerando que la mayoría de las crisis tienen características situacionales, la carga afectiva en estas es mucho mayor siendo frecuente la aparición de sintomatología depresiva, ansiosa o mixta, que varían en intensidad según la gravedad del evento precipitante y factores asociados lo cual a su vez se relaciona estrechamente con la intención suicida.

Más de la mitad de los pacientes en estudio no habían tenido antecedente de ingresos previos, lo cual podría asociarse también al joven grupo poblacional predominante.

La estancia hospitalaria fue de más de 4 días en la mayoría de los hospitalizados, lo cual en comparación con otras revisiones dicho dato es variable pues el periodo de estancia intrahospitalaria fluctúa entre menos de 48 horas hasta 4 días, sin embargo la mayoría de los hospitales extranjeros que cuentan con unidad de intervención en crisis brindan tratamiento combinado pues cuentan con programas de sesiones terapéuticas y manejo farmacológico lo cual coincide con nuestros resultados.

X. CONCLUSIONES:

1. Los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del hospital psiquiátrico nacional son predominantemente femeninos, adolescentes, desempleados y procedentes de Managua.
2. El área de conflicto sobresaliente en este grupo poblacional fue la de los conflictos familiares y el tipo de crisis que prevaleció fue la situacional.
3. La mayoría de pacientes hospitalizados ingresaron y egresaron con algún tipo de trastorno afectivo.
4. El tiempo de estancia hospitalaria fue más de 4 días y la mayoría de pacientes habían sido hospitalizados por primera vez.
5. El tratamiento que recibió la mayor parte de los pacientes durante su hospitalización fue combinado farmacológico y psicoterapéutico.

XI. RECOMENDACIONES:

Dirigidas al Ministerio de Salud:

- 1) Considerar habilitar unidades de intervención en crisis en los centros de atención psicosocial de otros departamentos de Nicaragua y hospitales de referencia nacional.

Dirigidas al Hospital docente de atención psicosocial José Dolores Fletes Valle:

- 1) Actualizar las normas de la unidad de intervención en crisis y ponerlas en práctica.
- 2) Realizar actividades docentes periódicas acerca de las normativas y de las patologías más comunes que ingresan al área de intervención en crisis para prestar una atención de mayor calidad y calidez.
- 3) Continuar motivando al personal de salud para investigaciones relacionadas al tema de intervención en crisis.
- 4) Consignar claramente el tipo de intervención psicoterapéutica utilizada.

Dirigidas al personal que labora en la unidad de intervención en crisis

- 1) Realizar actividades docentes según la predominancia de los casos ingresados.
- 2) Consignar en el expediente de manera más completa y detallada los datos de la historia clínica y los procedimientos realizados a los pacientes.
- 3) Dar continuidad al presente estudio para identificar las fortalezas y debilidades encontradas a mediano y largo plazo contribuyendo de este modo en la mejoría de la atención.
- 4) Extender la intervención psicoterapéutica hacia la familia.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Aliaga K, et al: "Guía de práctica clínica para la intervención psicológica en crisis". Colegio de Psicólogos del Perú 2008
2. Calsyn, Robert, et al: "Correlaciones de resultados exitosos en terapia de intervención en crisis", American Journal of Community Psychology, Volume 5, Number 1, 1977
3. Clavijo Alberto: "Crisis, familia y psicoterapia", editorial ciencias medicas, ecmed, La Habana, Cuba, 2002
4. Ellis Yard Maria et al.: "Comportamiento de variables clínico-epidemiológicas en pacientes de la unidad de intervención en crisis del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Avila durante el periodo de septiembre de 1995 a febrero de 1996"
5. Mendoza C. et al: "Intervención en Crisis en Psiquiatría." 2º Edición. El Manual Moderno 2005
6. Sepulveda Duque Mónica, "Intervención en crisis relatoría", 2003
7. Slaikeu, K. A "Intervención en crisis". México, Manual Moderno, 1994
8. Steven E. Hyman, et al: Manual de urgencias psiquiátricas, 1990
9. Unidad de intervención en crisis, Normas del Hospital de atención psicosocial del año 2010.

ANEXOS

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION:

1. Datos de Filiación:

- ♣ Edad: 14 -19^a ☐
20- 29^a ☐
30-39^a ☐
40-49^a ☐
>50^a ☐

- ♣ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

- ♣ Escolaridad: Analfabeta ☐ Alfabeta ☐

Primaria ☐ Secundaria ☐

Universitario ☐

- ♣ Ocupación: Empleado ☐ Desempleado ☐

- ♣ Estado Civil: Casado ☐ Soltero ☐ Unión libre ☐

Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐

- ♣ Religión: Católico ☐ Evangélico ☐ Testigo de Jehová ☐

Mormon ☐ Otras ☐ Ninguna ☐

- ♣ Procedencia: Managua: Distrito _____
Otros departamentos:
Rural ☐ Urbano ☐

2. Hospitalización UIC

- ♦ Área de conflicto: Conflicto de pareja ☐
Conflictos familiares ☐
Conflictos económicos ☐
Caso legal ☐
Otros ☐
- ♦ Tipo de crisis: Situacional ☐
De desarrollo ☐
- ♦ Diagnostico de Ingreso: Trastornos afectivos ☐
Trastornos psicóticos ☐
Trastornos orgánicos ☐
Intento Suicida ☐
- ♦ Diagnostico de Egreso: Trastornos afectivos c ☐
Trastornos psicóticos c ☐
Trastornos orgánicos c ☐
Intento Suicida resuelto ☐
- ♦ Ingresos previos: Ninguno (0) ☐
1- 2 ☐
Más de 2 ☐
- ♦ Estancia Hospitalaria: Menos de 2 días ☐
2 a 4 días ☐
Más de 4 días ☐
- ♦ Tratamiento recibido: Farmacológico ☐
Psicoterapéutico ☐
Combinado ☐

Tabla No 1

Edad de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 – 19 ^a	22	27.50%
20 – 29 ^a	18	22.50%
30 – 39 ^a	20	25.00%
40 – 49 ^a	8	10.00%
50 ^a o mas	12	15.00%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 2

Sexo de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	55	68.80%
Masculino	25	31.30%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 3

Escolaridad de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Alfabeta	6	7.50%
Analfabeta	4	5.00%
Primaria	21	26.30%
Secundaria	28	35.00%
Universitario	21	26.30%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 4

Ocupación de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	70	87.50%
Empleado	10	12.50%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 5

Estado civil de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	16	20.00%
Divorciado	2	2.50%
Separado	1	1.30%
Soltero	40	50.00%
Unión libre	21	26.30%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 6

Religión de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	41	51.30%
Evangélico	25	31.30%
Mormón	1	1.30%
Ninguna	9	11.30%
Otras	2	2.50%
Testigo de Jehová	2	2.50%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 7

Procedencia de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Managua	52	65.00%
Otros departamentos	28	35.00%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 8

Distrito de Managua de pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Distrito de Managua	Frecuencia	Porcentaje
Cinco	1	1.90%
Cuatro	4	7.70%
Dos	14	26.90%
Seis	9	17.30%
Siete	4	7.70%
Tres	17	32.70%
Uno	3	5.80%
Total	52	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 9

Área de conflicto de los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Área de conflicto	Frecuencia	Porcentaje
Caso legal	3	3.80%
Conflicto de pareja	19	23.80%
Conflictos económicos	12	15.00%
Conflictos familiares	37	46.30%
Otros	9	11.30%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 10

Tipo de crisis de los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Tipo de crisis	Frecuencia	Porcentaje
Del desarrollo	4	5.00%
Situacional	76	95.00%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 11

Diagnostico de ingreso de los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Diagnostico de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Intento suicida	7	8.80%
Trastorno afectivo con intento suicida	5	6.30%
Trastornos afectivos	42	52.50%
Trastornos orgánicos	3	3.80%
Trastornos psicóticos	23	28.80%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 12

Diagnostico de egreso de los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Diagnostico de egreso	Frecuencia	Porcentaje
Intento suicida	1	1.30%
Trastorno afectivo	57	71.30%
Trastorno afectivo con intento suicida	3	3.80%
Trastorno orgánico	3	3.80%
Trastorno psicótico	16	20.00%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 13

Ingresos previos de los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Ingresos previos	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	34	43.00%
Más de 2	1	1.30%
Ninguno	44	55.70%
Total	79	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 14

Estancia intrahospitalaria de los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
2 a 4 días	25	31.30%
Más de 4 días	49	61.30%
Menos de 2 días	6	7.50%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No 15

Tratamiento recibido por los pacientes hospitalizados en la unidad de intervención en crisis del Hospital Psicosocial JDFV durante el año 2011

Tratamiento recibido	Frecuencia	Porcentaje
Combinado	46	57.50%
Farmacológico	33	41.30%
Psicoterapéutico	1	1.30%
Total	80	100.00%

Fuente: Expediente clínico